

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIÓTICOS EN PROCESOS DENTALES

SUMARIO

▶ INTRODUCCIÓN

▶ FLORA MICROBIANA DE LA CAVIDAD ORAL

▶ INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

Prevención de las infecciones odontogénicas

Infecciones odontogénicas que no requieren
tratamiento antibiótico

Infecciones odontogénicas que sí pueden requerir
tratamiento antibiótico

▶ PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS DENTALES

Profilaxis antibiótica de la endocarditis bacteriana

Profilaxis antibiótica de infección de prótesis
articulares

Profilaxis antibiótica para prevenir el fracaso del
implante

▶ BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las resistencias bacterianas a los antibióticos, causadas en parte, por un uso inadecuado de los mismos, suponen actualmente el mayor problema de salud pública (INFAC [La crisis de los antibióticos. Perspectiva desde el ámbito comunitario](#))¹. En las últimas décadas ha habido modificaciones en las guías del ámbito de la odontología, en general, a favor de un menor uso de antibióticos; es posible que estas modificaciones no se hayan traducido en cambios en la práctica clínica, debido en parte a la inercia en la prescripción de antibióticos por los profesionales, y también por presión de los propios pacientes².

Las infecciones de la cavidad oral pueden ser odontogénicas u odontógenas (cuando afectan a estructuras que forman el diente y el periodonto), que son las más frecuentes, o no odontogénicas (cuando afectan a las mucosas o estructuras extradentales como glándulas salivales, lengua, etc.)³. Las infecciones odontogénicas (IO) afectan a toda la población, tienen una elevada prevalencia y suponen la tercera causa de consumo de antibióticos en España, generando alrededor del 10-12% del total de prescripciones de antibióticos en la comunidad³⁻⁴. Los antibióticos para el tratamiento de las IO se prescriben tanto por odontólogos como por médicos generales⁵⁻⁶.

Los antibióticos no siempre están indicados en las IO; en los casos en los que sí lo están, el tratamiento antibiótico es siempre un adyuvante a procedimientos odontológicos o quirúrgicos y a medidas no farmacológicas (fundamentalmente preventivas, como la correcta higiene bucal)⁷. Sin embargo, es frecuente que se prescriban antibióticos de forma inapropiada².

El objetivo de este boletín es fomentar el uso racional de antibióticos en procesos dentales, mediante la revisión de la necesidad de tratamiento antibiótico y su selección en las principales IO y de las situaciones en las que se recomienda utilizar antibióticos como profilaxis.

FLORA MICROBIANA DE LA CAVIDAD ORAL

La cavidad oral es la vía de entrada al aparato digestivo, y es una cavidad séptica en la que se encuentra flora polimicrobiana aerobia y anaerobia, en un equilibrio dinámico con el hospedador³.

La mayoría de los microorganismos se encuentran formando una especie de biopelícula constituida por una matriz polimérica extracelular que se adhiere a sustratos o superficies permanentes, denominada placa bacteriana dentaria o placa⁷.

En determinadas circunstancias, como cuando se producen cambios fisiológicos (pubertad, embarazo), cambios en la composición salival (por disfunción glandular, mala higiene oral, tabaquismo, etc.), o bajo otras circunstancias como tratamientos antibióticos previos y estados de inmunosupresión, los microorganismos pueden comportarse de manera oportunista dando lugar a las infecciones de la cavidad bucal^{3,7}.

Las bacterias más frecuentemente implicadas en las IO pertenecen a los géneros *Streptococcus* (principalmente del grupo *viridans*), *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas* y *Fusobacterium*^{3,8,9}.

INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

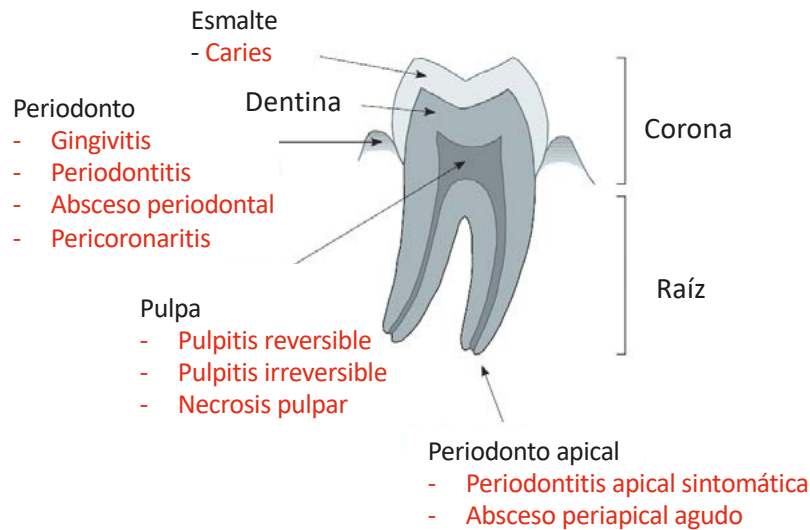
En función de la localización, las IO se clasifican en «localizadas», entre las que se incluyen las dentoalveolares (caries, pulpitis) y las periodontales (gingivitis, periodontitis, pericoronaritis), y «diseminadas»⁸. En la imagen 1 se representa la localización de las infecciones y cuadros clínicos odontogénicos más habituales.

El manejo de las IO debe basarse en medidas físicas o químicas que impidan la formación de la placa dental, o bien la reduzcan o eliminen⁸.

A pesar de que el síntoma principal de las IO es el dolor, los antibióticos no son efectivos para tratarlo⁷. La manera más efectiva de tratar el dolor dental es eliminando la causa que lo produce, lo que requiere un diagnóstico adecuado. Las principales causas de dolor dental no deberían tratarse únicamente con fármacos. En caso de precisar tratamiento farmacológico para el dolor dental, es de elección el tratamiento analgésico (paracetamol) o antiinflamatorio (ibuprofeno)⁵.

Los antibióticos no siempre están indicados en las IO (ver tabla 1). En general, será necesario utilizar tratamiento antibiótico coadyuvante en pacientes con factores de riesgo de complicaciones de la infección (inmunocomprometidos) así como en caso de riesgo de progresión de la infección o evidencia de afectación sistémica (linfadenopatía, inflamación difusa, fiebre, malestar general)^{4,6,10}.

Imagen 1. Estructuras del molar y localización de las infecciones y cuadros clínicos odontogénicos más habituales (adaptada de la referencia 5)



PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ODONTOGÉNICAS^{4,7,8}

Los principales factores de riesgo de enfermedad odontogénica son la deficiente higiene dental y el tabaquismo. Actuando sobre ellos, y sobre otros factores que se comentan a continuación, se pueden prevenir la mayoría de las IO.

Higiene dental

Una buena higiene dental reduce la carga bacteriana de la biopelícula, evitando su progresión hacia una placa dental calcificada (sarro o cálculo dental). Se pueden emplear medidas mecánicas y/o químicas.

Medidas mecánicas: el correcto cepillado diario elimina el 50% de la placa; si se asocia el hilo dental se puede reducir hasta un 70%. Pueden ser útiles los cepillos interproximales.

Medidas químicas: flúor (colutorios, barniz o geles) para la prevención de caries. La clorhexidina (colutorio) a concentraciones bajas se indica, durante un corto periodo de tiempo (máximo 2 semanas), en pacientes con gingivitis, periodontitis o periimplantitis.

Algunos fármacos producen una disminución de la cantidad y calidad de la saliva (anticolinérgicos, antidepresivos, diuréticos, etc.) y otros alteran la mucosa gingival (corticoides, AINE, algunos antihipertensivos, antiepilépticos, inmunosupresores, anticonceptivos orales, etc.), por lo que los pacientes en tratamiento crónico con estos fármacos deberán extremar las medidas de higiene.

Tabaco

La nicotina favorece la formación de la placa dental y dificulta el diagnóstico precoz de las IO debido a su acción vasoconstrictora.

Dieta

Se recomienda evitar la ingesta de azúcares, por su acción cariogénica, y la dieta blanda, que favorece la formación de depósitos interdetales. El xilitol, presente en algunos chicles, reduce la adhesión de las bacterias a la biopelícula, por lo que resulta útil en la prevención de la caries.

Tabla 1. Indicación de antibióticos en infecciones y cuadros clínicos odontogénicos^{4,8,11,12}

NO ANTIBIÓTICO	Caries
	Pulpitis reversible
	Pulpitis irreversible asintomática
	Pulpitis irreversible sintomática en paciente no inmunocomprometido
	Necrosis pulpar
	Gingivitis
	Periodontitis crónica
	Periodontitis periapical asintomática (absceso apical crónico, granuloma apical, quiste apical)
	Periodontitis periapical sintomática
	Absceso periodontal agudo sin manifestaciones sistémicas
	Absceso periapical agudo en paciente sin compromiso sistémico
	Periimplantitis
	Pericoronaritis sin afectación regional o sistémica
SÍ ANTIBIÓTICO	Pulpitis irreversible sintomática en paciente inmunocomprometido*
	Absceso periapical agudo con sintomatología sistémica
	Absceso periapical agudo en progresión
	Absceso periapical agudo en paciente inmunocomprometido*
	Absceso periodontal con manifestaciones sistémicas o tras fracaso con tratamientos de primera línea
	Pericoronaritis con afectación regional o sistémica o en paciente inmunocomprometido

* inmunocomprometidos: leucemia, SIDA, insuficiencia renal grave, Diabetes Mellitus no controlada, radio/quimioterapia, corticoterapia, tratamiento inmunosupresor.

INFECCIONES ODONTOGÉNICAS QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Caries^{4,7-9}

Es la destrucción del esmalte dental producida por la acidificación debida a la fermentación de los hidratos de carbono de la dieta por parte de los microorganismos que forman la placa bacteriana. Se trata de la IO más frecuente (90%). Inicialmente es asintomática, pero puede progresar alcanzando los tejidos dentarios profundos, produciendo una pulpitis. Además, entre las complicaciones, también puede dar lugar a necrosis pulpar, absceso periapical (flemón) con posible extensión al hueso subyacente (osteítis u osteomielitis) o absceso de planos profundos (celulitis odontógena). Por ello es importante el tratamiento de la caries.

Tratamiento odontológico (obturación, eliminación mecánica).

Medidas preventivas: adecuada higiene bucal (cepillado, aplicación tópica de flúor). Ver apartado de prevención de las IO.

Pulpitis^{4,8,9}

Inflamación de la pulpa dental por progresión de una caries o de un foco periodontal o por vía retrógrada desde una infección periapical. Puede ser reversible o irreversible.

Se presenta como cuadro agudo, aunque en la mayoría de los casos se trata de la exacerbación de una inflamación crónica.

Sólo se recomienda antibioterapia cuando se evidencien síntomas y signos de propagación o infección sistémica. En caso de pulpitis irreversible sintomática en paciente inmunocomprometido, se debe valorar el tratamiento antibiótico (ver tabla 2).

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios) y mecánico (endodoncia o exodoncia).

Gingivitis^{4,8}

Se trata de la inflamación de las encías por acúmulo de placa bacteriana sobre el diente. Se caracteriza por enrojecimiento y sangrado de las encías. Puede progresar a periodontitis.

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Medidas no farmacológicas: control de la placa dental, tartrectomía (limpieza del sarro), cepillado dental, consejo antibiótico, enjuagues con clorhexidina (ver apartado de prevención de las IO).

Periodontitis crónica^{3,4,8,9}

Se define como inflamación de las encías con destrucción de la inserción del tejido conectivo al cemento dentario y reabsorción del hueso alveolar de soporte adyacente. Se caracteriza por la formación de bolsas, retracción de las encías y un aumento de la movilidad dental. La principal complicación es el absceso periodontal. Suele asociarse con la presencia de placa y cálculo (placa bacteriana calcificada o sarro). Es la forma más frecuente de periodontitis y se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular.

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Medidas no farmacológicas: control de la placa dental, tartrectomía (limpieza del sarro), cepillado dental, consejo antibiótico, enjuagues con clorhexidina (ver apartado de prevención de las IO).

Periimplantitis^{4,7}

Se trata de un proceso inflamatorio destructivo alrededor de un implante osteointegrado que conduce a la formación de una bolsa periimplante y a la destrucción del hueso circundante. La causa es la formación de placa bacteriana en la superficie del implante. Ocurre en el 16% de los implantes. Se caracteriza por dolor, inflamación y a veces supuración.

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Medidas no farmacológicas: limpieza local y eliminación de depósitos acumulados.

INFECCIONES ODONTOGÉNICAS QUE SÍ PUEDEN REQUERIR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

El uso de antibióticos como terapia adyuvante al tratamiento odontológico está justificado únicamente cuando hay evidencia de diseminación o el riesgo de progresión es elevado (celulitis/flemón, adenopatías regionales, inflamación difusa), cuando hay síntomas sistémicos (alteración del estado general, fiebre) y en pacientes inmunocomprometidos^{6,7,10}. En la mayoría de las IO se desconoce el microorganismo responsable, por lo que, cuando se prescribe un antibiótico, se hace de forma empírica^{3,8}.

La duración recomendada del tratamiento antibiótico no está claramente definida y es variable, oscilando entre los 3 y 7 días. En general, depende de la extensión del proceso y de la respuesta clínica. La tendencia actual es utilizar pautas cortas. En cualquier caso, es importante reevaluar al paciente a los 2-3 días de iniciar el tratamiento, valorando la interrupción del mismo cuando desaparezcan los signos y síntomas^{4,8}.

Los principales microorganismos implicados en las IO son sensibles a los betalactámicos. En general, el antibiótico de elección es la amoxicilina. A pesar de que el uso de amoxicilina-ácido clavulánico está muy extendido, debido a su amplio espectro, está indicado como alternativa en los casos en los que no hay mejoría con amoxicilina.

En la tabla 2 se indica el tratamiento antibiótico de elección y las opciones alternativas de las IO más frecuentes.

Tabla 2. Tratamiento antibiótico de las infecciones odontogénicas más frecuentes^{4,9,11,13}

Cuadro clínico	Tratamiento 1ª elección	Si no hay mejoría en 48h	Alérgicos a betalactámicos
Pulpitis irreversible sintomática en pacientes inmunocomprometidos Absceso periapical* Absceso periodontal*	Amoxicilina oral 500 mg/ 8h, 3-7 días P: 40-50 mg/ Kg/ día (dosis máxima 3 g/ día) en 3 tomas	Amoxicilina/clavulánico oral 500-875/125 mg/ 8h, 5-7 días P: 40-50 mg/ Kg/ día (dosis máxima 1 g/ día) en 3 tomas ^f o asociar metronidazol oral 250-500 mg/ 8h, 5-7 días, a la amoxicilina ^{&y} .	Metronidazol oral 250-500 mg/ 8h, 5-7 días ^y P: 15-30 mg/ Kg/ día en 3 tomas Si no mejoría en 48h: claritromicina 250 mg/ 12h, 5 días P: 15 mg/ Kg/ día (dosis máxima 1 g/ día) en 2 tomas O clindamicina oral 150-300 mg/ 6-8h, 5-7 días P: 25 mg/ Kg/ día en 3-4 tomas
Pericoronaritis*	Amoxicilina oral 500 mg/ 8h, 3 días o metronidazol oral 500 mg/ 8h, 3 días ^y	Amoxicilina/clavulánico oral 500-875/125 mg/ 8h, 5 días o asociar metronidazol oral 250-500 mg/ 8h, 5-7 días, a la amoxicilina ^{&y} .	Clindamicina oral 300 mg/ 8h, 8 días

P: pauta en pediatría. f: Dosificado en base a la dosis de amoxicilina. &: La asociación amoxicilina + metronidazol puede ser de primera elección en caso de infecciones diseminadas o con fiebre. y: Metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo.
* Los antibióticos están indicados en el caso de infección diseminada o síntomas sistémicos y en pacientes inmunocomprometidos.

Pulpitis irreversible sintomática^{4,8,9}

Este tipo de pulpitis se caracteriza por dolor continuo, intenso, espontáneo e irradiado, que aumenta con el decúbito y con el esfuerzo.

Tratamiento odontológico: eliminación de la pulpa inflamada y endodoncia. Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Tratamiento antibiótico: ver tabla 2.

Absceso periapical^{4,8,9,11,13}

El absceso periapical endodóntico (absceso apical agudo o periodontitis apical aguda supurada) es una colección purulenta producida por inflamación/infección de tejidos periapicales o complejo dentinopulpar. Se caracteriza por dolor localizado que aumenta con la masticación y la percusión, a veces con salida de exudado purulento por vía alveolar.

Tratamiento odontológico: desbridamiento y drenaje quirúrgico.

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Tratamiento antibiótico: ver tabla 2. Los antibióticos no están indicados en el caso de infección localizada, en la que el sistema inmune es capaz de manejarla adecuadamente. En estos casos, además, el absceso suele estar prácticamente aislado de la circulación sanguínea, reduciendo la penetración de los antibióticos. El tratamiento antibiótico coadyuvante está indicado cuando puede haber demora en el tratamiento conservador o quirúrgico (en este caso se recomienda valorar la prescripción antibiótica diferida) y si no se consigue un drenaje inmediato utilizando medidas locales o en caso de progresión de la infección o sintomatología sistémica.

Absceso periodontal^{4,8,9,13}

Se trata de inflamación/infección de las estructuras periodontales, producida como consecuencia de una gingivitis, de una periodontitis o de una pericoronaritis. El exudado purulento drena a través del surco gingival o por otros sitios periodontales. Se asocia con destrucción tisular del ligamento periodontal y del hueso alveolar adyacente. Se caracteriza por dolor, tumefacción, adenopatía, supuración e incluso fiebre.

Tratamiento odontológico: desbridamiento y drenaje quirúrgico.

El tratamiento antibiótico (ver tabla 2) está indicado en abscesos de sacos o bolsas periodontales profundas o progresivas, en caso de sintomatología sistémica y en pacientes inmunocomprometidos, junto con el tratamiento odontológico.

Pericoronaritis^{4,8,13}

Es la infección de la mucosa que recubre la corona del diente parcialmente erupcionado, como en el caso del tercer molar («muela del juicio»). Puede producir un absceso en los tejidos blandos adyacentes. La clínica puede ser aguda o crónica, asociada a dolor, fiebre, malestar general y adenopatía.

Tratamiento odontológico: desbridamiento y drenaje quirúrgico. En caso de episodios de repetición, valorar la exodoncia quirúrgica.

Tratamiento sintomático (analgésicos/antiinflamatorios).

Tratamiento antibiótico: ver tabla 2. Solo está indicado en caso de que haya signos de diseminación de la infección (limitación al abrir la boca, hinchazón facial), infección sistémica o en pacientes inmunocomprometidos.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS DENTALES

La Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial recomienda NO hacer profilaxis antibiótica en cirugía oral menor, incluyendo extracciones dentales sin signos de infección previa¹⁴.

Tradicionalmente, la profilaxis antibiótica se recomendaba para pacientes en riesgo de endocarditis infecciosa e infección de prótesis articulares. En los últimos años ha habido modificaciones sobre la profilaxis en las guías debido a la incertidumbre acerca de su efectividad, la preocupación sobre las resistencias bacterianas a los antibióticos y el reconocimiento de que el cepillado dental produce bacteriemia transitoria de la misma manera que los procedimientos dentales para los que tradicionalmente se utilizaba la profilaxis antibiótica¹⁵.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA^{2,4,7,11,16}

La profilaxis antibiótica previa a los tratamientos dentales sólo previene un número reducido de casos de endocarditis bacteriana. El riesgo de efectos secundarios de los antibióticos podría exceder al beneficio de la profilaxis antibiótica. A la hora de reducir el riesgo de endocarditis infecciosa es más importante mantener una buena higiene oral.

Por lo tanto, la profilaxis antibiótica previa a los procedimientos dentales sólo debería administrarse en pacientes con alto riesgo de sufrir endocarditis bacteriana (ver tabla 3) antes de procedimientos dentales considerados de alto riesgo de bacteriemia (raspado y alisado radicular, exodoncia, colocación subgingival de fibras antibióticas, inyecciones anestésicas locales en tejidos infectados, limpieza profesional o tartrectomía, cirugía periodontal y colocación de implante dental). No se recomienda profilaxis para las inyecciones de anestesia local en tejido no infectado, la eliminación de suturas, rayos X dentales, colocación o ajuste de aparatos o correctores prostodónticos y ortodónticos móviles, obturaciones, endodoncias, ni la extracción de dientes deciduos o de un traumatismo labial o de mucosa oral.

Si se utiliza profilaxis antibiótica se debe dar en dosis única previa al procedimiento (ver tabla 4); no se recomienda en ningún caso profilaxis postintervención ni pautas de varios días, como se hace con más frecuencia de lo deseable.

Tabla 3. **Pacientes con alto riesgo de sufrir endocarditis bacteriana⁴**

- valvulopatía adquirida con estenosis o insuficiencia
- miocardiopatía hipertrófica
- cardiopatía congénita estructural, incluidas las alteraciones estructurales corregidas quirúrgicamente o paliativas (se excluyen la comunicación interauricular aislada, reparación completa del defecto del tabique interventricular o del ductus arterioso persistente completamente reparado y los dispositivos de cierre que se consideran endotelizados)
- portador de prótesis valvular o material protésico utilizado para reparación de la válvula cardíaca
- endocarditis infecciosa previa

Tabla 4. **Profilaxis antibiótica para la prevención de endocarditis bacteriana previa a procedimientos dentales**^{4,16}

Tratamiento 1ª elección	Intolerancia vía oral	Alérgicos a betalactámicos
Amoxicilina oral 2 g* P: 50 mg/ Kg	Ampicilina intravenosa o intramuscular 2 g* P: 50 mg/ Kg	Clindamicina oral 600 mg* P: 20 mg/ Kg
* dosis única 30-60 minutos antes de la intervención		

P: pauta en pediatría.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULARES^{11,12,17,18}

En pacientes con prótesis articulares la ADA (Sociedad Americana de Odontología) y la BSAC (Sociedad británica de quimioterapia antimicrobiana) desaconsejan el uso rutinario de profilaxis antibiótica previa a procedimientos dentales para prevenir la infección de prótesis articulares. Sin embargo, debe considerarse la profilaxis antibiótica en pacientes con infección activa de la prótesis o en pacientes inmunocomprometidos.

No se recomienda profilaxis antibiótica en procedimientos dentales de rutina como limpiezas profesionales o tartrectomía u obturaciones.

Los pacientes con implantes articulares deberían mantener una buena higiene oral y en caso de sufrir alguna infección oral ésta debería tratarse rápidamente.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA PREVENIR EL FRACASO DEL IMPLANTE^{4,8,19}

No hay evidencia para el uso rutinario de profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones postimplante en pacientes sanos. La profilaxis antibiótica para prevenir el fracaso de implante sólo estaría recomendada en casos complejos (implantes inmediatos con infecciones periapicales previas, necesidad de injertos óseos, etc.) y en pacientes inmunocomprometidos. Se recomienda una dosis única de amoxicilina 2 g por vía oral administrada 30-60 minutos antes del procedimiento y en alérgicos a betalactámicos, clindamicina 600 mg.

IDEAS CLAVES

- La mejor prevención de las infecciones odontogénicas es una correcta higiene bucal.
- En las infecciones odontogénicas no siempre están indicados los antibióticos.
- El tratamiento antibiótico, cuando está indicado, es un tratamiento coadyuvante a otras medidas.
- En los últimos años han cambiado los criterios en cuanto a elección del fármaco, la dosis y la duración del tratamiento.
- El tratamiento antibiótico es empírico y, en general, la amoxicilina es de elección.
- Los antibióticos no son efectivos para tratar el dolor dental.
- No se recomienda de forma rutinaria la profilaxis antibiótica para la prevención de endocarditis bacteriana ni para la prevención de infección en prótesis articulares en pacientes sometidos a procedimientos dentales.

Agradecemos a Regina Ganzarain Polit, médico estomatólogo de la OSI Donostialdea la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. La crisis de los antibióticos. Perspectiva desde el ámbito comunitario. INFAC 2019;27(8):55-63. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2019/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_27_8_PROA_cas.pdf. Accedido el 21/09/2020.
2. Consejo Dentistas (Organización Colegial de dentistas en España). Uso racional de antibióticos en odontología. Un reto pendiente. Dentistas. 2019; 37: 6-10.
3. Rodríguez-Alonso E, Rodríguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009;3367-79.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

4. Coordinadora: Fernández Urrusuno R. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf. Accedido el: 21/09/2020.
5. Timmerman A, Parashos P. Management of dental pain in primary care. Aust Prescr 2020;43(2):39–44. Disponible en: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/management-of-dental-pain-in-primary-care>. Consultado el: 21/09/2020.
6. Lockhart PB, Tampi MP, Abt E, Aminoshariae A, Durkin MJ, Fouad AF. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc. 2019;150(11): 906-21.
7. Robles Raya P, Javierre Miranda AP, Moreno Millán N, Mas Casals A, De Frutos Echaniz E, Morató Agustí ML. Manejo de las infecciones odontogénicas en las consultas de atención primaria: ¿antibiótico? Aten Primaria. 2017;49(10):611-618.
8. González L, Sabín JA, Arroyo V, García MR, De la Hija MB. Uso de antibióticos en infecciones odontogénicas. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha. SESCAM. 2019;20(2):1-8. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_2_2019_uso_de_antibioticos_en_infecciones_odontogenicas.pdf.
9. Plasencia Núñez M, Castellano Cabrera JL, Gayá Bernardo M, García Méndez JL, Montes Gómez E. Tratamiento antibiótico de las infecciones odontogénicas. Infarma: Nota informativa farmacoterapéutica. 2016;8(3):1-2. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/907fca1-f374-11e6-8557-97c62eff526f/INFARMA_vol8_n3_DIC_2016_tratamiento_antibiotico_infecciones_odontogenicas.pdf. Accedido el: 21/09/2020.
10. Cope A, Francis N, Wood F, Mann MK, Chestnutt IG. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 26;(6):CD010136. doi: 10.1002/14651858.CD010136.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep 27;9:CD010136. PMID: 24967571.
11. Asociación Española de Endodoncia (AEDE). Recomendaciones de la Asociación Española de Endodoncia sobre el uso de antibióticos en endodoncia. Aprobadas en la Junta Directiva de AEDE celebrada el 13 de junio de 2020. Disponible en: https://www.coeb.com/wp-content/uploads/2020/10/RECOMENDACIONES_AEDE_ANTIBIOTICOS.pdf. Accedido el: 13/11/2020.
12. Segura-Egea JJ, Gould K, Hakan Sen B, Jonasson P, Cotti E, Mazzoni A et al. European Society of Endodontology position statement: the use of antibiotics in endodontics. Int Endod J. 2018;51(1):20-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28436043>. Accedido el: 21/09/2020.
13. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). Management of Acute Dental Problems. Guidance for healthcare professionals. 2016. Disponible en: <https://www.sdcep.org.uk/published-guidance/management-of-acute-dental-problems-madpl/>. Accedido el: 21/09/2020.
14. Sociedad Española de Cirugía oral y Maxilofacial. 2016. Recomendaciones de «no hacer». Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/sociedad-cientifica-no-hacer/sociedad-espanola-de-cirurgia-oral-y-maxilofacial-secom>. Accedido el 14/12/2020.
15. Daly CG. Antibiotic prophylaxis for dental procedures. Aust Prescr 2017;40(5):184-8. Disponible en: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/antibiotic-prophylaxis-for-dental-procedures>. Accedido el: 21/09/2020.
16. Sexton DJ, Chu VH. Antimicrobial prophylaxis for the prevention of bacterial endocarditis. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for-the-prevention-of-bacterial-endocarditis?search=profilaxis%20antibi%C3%B3tica%20para%20procedimientos%20dentales&source=search_result&selectedTitle=1~21&usage_type=default&display_rank=1. Accedido el: 02/12/2020.
17. Palmer, N. (Ed). Antimicrobial prescribing in dentistry: Good Practice Guidelines. 3rd Edition. London, UK: Faculty of General Dental Practice (UK) and Faculty of Dental Surgery; 2020.
18. Prevention of prosthetic joint and other types of orthopedic hardware infection. Berbari E, Baddour LM. Prevention of prosthetic joint and other types of orthopedic hardware infection. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-prosthetic-joint-and-other-types-of-orthopedic-hardware-infection?search=profilaxis%20antibi%C3%B3tica%20para%20procedimientos%20dentales&source=search_result&selectedTitle=2~21&usage_type=default&display_rank=2. Accedido el: 02/12/2020.
19. Khouly I, Braun RS, Chambrone L. Antibiotic prophylaxis may not be indicated for prevention of dental implant infections in healthy patients. Clin Oral Invest. 2019;23:1525-1553.

Fecha de revisión diciembre 2020.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Saioa Domingo, Andere Egireun, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Miren Zubillaga.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

